

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1924-1925 — N° 2

DES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DE LA TRIPLE OPÉRATION
POUR
PROLAPSUS UTÉRO-VAGINAL

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 6 Novembre 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean GARCIN

Ex-interne de l'Hôpital Saint-Joseph de Lyon

né à GRAND-CROIX (Loire) le 20 Mai 1897



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1924

DES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DE LA TRIPLE OPÉRATION
POUR PROLAPSUS UTÉRO-VAGINAL



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1924-1925 — N° 2

DES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DE LA TRIPLE OPÉRATION
POUR
PROLAPSUS UTÉRO-VAGINAL

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 6 Novembre 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean GARCIN

Ex-Interne de l'Hôpital Saint-Joseph de Lyon

né à GRAND-CROIX (Loire) le 20 Mai 1897



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1924

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. H. HUGOUNEN
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	WEIL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND.
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	MOREL.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique	COLLET.
Chirurgie opératoire	MOURIQUAND.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT.
Médecine légale	X.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, Hydologie et Climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie	COURMONT (P.).
	PGC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. PATEL.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale	LERICHE.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT (Léon)	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARRIN.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien).	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VILLARD, président ; CADE assesseur ;
COTTE et DUNET, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE
LE DOCTEUR CHARLES GARCIN

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
LE DOCTEUR PIERRE GARCIN

A MA MÈRE

A MES AMIS

Morts au Champ d'Honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR GOULLIoud

Chirurgien en Chef de l'Hôpital Saint-Joseph

Il nous inspira le sujet de notre thèse et nous y intéressa. Qu'il trouve ici l'hommage de notre respectueuse reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous témoigna pendant notre Internat.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHABALIER

Médecin en Chef de l'Hôpital Saint-Joseph

Qui sut assurer notre formation clinique avec une toute paternelle sollicitude. Remerciements émus pour ses précieux enseignements et l'amitié qu'il nous donna en souvenir de mon père.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PALLASSE

Médecin des Hôpitaux

En remerciement des profitables
leçons qu'il nous donna dès nos pre-
mières heures médicales, et pour la
bienveillance si marquée qu'il nous
témoigna toujours.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PATEL

Chirurgien des Hôpitaux

A MES MAÎTRES DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH

MM. THÉVENET, OLIVIER, GIULIANI, FAÏSSE

A MON JURY

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD

Je lui porte avec l'admiration que toujours j'éprouvai à entendre ses leçons cliniques, un sentiment de profonde reconnaissance pour l'accueil si aimable qu'il sut me réserver, et pour l'honneur qu'il me fait en acceptant la présidence de cette thèse.

DES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DE LA TRIPLE OPÉRATION
POUR PROLAPSUS UTÉRO-VAGINAL

Introduction.

Il me souvient de mon étonnement, lorsque, pour la première fois, j'aidai mon maître, M. le Docteur Goullioud, à pratiquer une triple opération pour prolapsus utéro-vaginal. Etonnement, dis-je, du fait de la restitution *ad integrum* d'une région esthétiquement déformée. Etonnement aussi, et plus, admiration, pour la technique parfaitement réglée de mon maître et son application très délicatement anatomique.

Persuadé qu'il est, de par sa longue expérience chirurgicale, de la nécessité « d'avoir l'air de faire trop pour avoir fait assez », selon la phrase classique de Richelot ; et aussi, de bien faire correctement tous les temps, les résultats éloignés étant conséquence de l'interdépendance de trois temps, M. Goullioud nous apprend à disséquer avec art, raison et sûreté.

Comment n'avoir pas un culte pour un tel Maître, qui nous enseigne à la fois la science médicale, son

art, et plus encore la conscience scrupuleuse du praticien qui permet au malade d'avoir foi en lui.

Ce Maître voulut bien me charger de rechercher ses anciennes opérées de prolapsus, et m'indiquer ainsi un sujet de thèse rendu particulièrement intéressant par la proximité des débats engagés au XXXII^e Congrès de Chirurgie de Paris, où, déjà, M. Savariaud a pu communiquer notre statistique.

Puissamment aidé dans nos recherches par M. le Docteur Olivier, assistant de M. Goullioud, à l'Hôpital Saint-Joseph, nous avons pu retrouver la majorité des malades opérées depuis vingt-cinq et trente ans.

Ce seront donc des faits, ayant supporté l'épreuve du temps, que nous allons exposer ; et, à l'appui desquels nous pourrons nous former une opinion sur l'efficacité de la méthode « très française » de la triple opération.

Que l'on ne cherche pas, dans les pages qui vont suivre, une discussion serrée sur la valeur de tel ou tel procédé. Des communications sur les résultats éloignés des diverses opérations tentées contre le prolapsus utérin n'ayant été faites que partiellement, et même, pour ces derniers, le recul nécessaire à la formation d'une conviction raisonnable n'étant pas suffisant.

Nous n'aurons garde de réclamer pour nous l'exclusivité du procédé ; nous ne voulons pas le départir de son appellation de « méthode très française », donnée par Walther, et qui lui est un titre de gloire suffisant.

Nous avons en vue de contribuer à faire savoir ce que cette méthode peut donner et a donné entre les mains d'un Gynécologue auquel nous devons beaucoup.

Après un mot très court d'historique, nous décrivons la méthode employée, insisterons sur les petits côtés de la manière, persuadé que la minutie apportée aux détails est beaucoup dans la réussite — *ars in nimis* — et enfin, nous exposerons nos observations.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Aux premières années du siècle, on ne trouve nulle part trace de véritable procédé chirurgical pour combattre le prolapsus utéro-vaginal.

Dans le *Traité de Chirurgie* de Boyer, 1831, nous ne relevons que des expédients médicaux : pessaires, pelotes de soutènement, sangles abdominales et autres moyens curatifs. Duplay et Follin, dans leur *Traité*, rapportent aussi différents procédés : épisiorrhaphie, plicatures de la muqueuse vaginale (Desgranges, de Lyon), cautérisations de cette muqueuse préconisées par Gérardin, de Metz, et autres palliatifs.

En 1823, Gérardin, de Metz, pratiquait une élytrorrhaphie médiane, employée dans la suite par Neugebauer de Varsovie et qui n'était autre, en somme, que l'ébauche de l'opération de Le Fort, exposée par lui à la Société de Chirurgie en 1877.

En 1831, Marshall-Hall parle de l'élytrorrhaphie comme moyen chirurgical du traitement du prolapsus.

Sims, en 1865 (1), décrit la technique de l'élytrorrhaphie antérieure : toute chute de l'utérus, étant pour cet auteur, précédée du relâchement de la paroi antérieure du vagin.

En 1867, Simon (2) comprend l'utilité d'aviver largement le périnée, tout en pénétrant profondément aussi dans le vagin.

Nous trouvons, en 1875, un travail de Bourdon inspiré par Verneuil, tout entier consacré à l'anaplastie périnéo-vaginale,

En 1877, Egly-Sinclair (3) affirme la supériorité de la colpopérinéoplastie de Bischoff, de Bâle, pour le traitement des prolapsus vaginaux.

Frank (4), en 1888, propose une opération se rapprochant d'une colporraphie véritable : elle consiste à disséquer le vagin jusqu'au niveau du cul-de-sac postérieur, puis à faire des sutures profondes déterminant la formation d'un pli.

Firning (5), cette même année, emploie un procédé analogue, faisant remarquer qu'il a surtout pour but de provoquer des adhérences entre le vagin et les parties voisines.

Jusqu'à cette époque, 1888, les efforts chirurgicaux pour guérir le prolapsus s'étaient adressés aux moyens de soutènement de l'utérus. Nous en avons tracé les grandes lignes rapidement, n'ayant pas la prétention de faire l'histoire des anaplasties vaginales.

(1) SIMS. *Uterine Surgery*, Londres, 1865.

(2) SIMON. *Prof. Vierteljahr*, 1867, p. 112, vol. III.

(3) EGLY-SINCLAIR. *Correspond. Blatt. f. Schweizer Aertze*, 1877.

(4) FRANK. *Arch. für Gynéc.*, 1888, p. 453.

(5) FIRNING. *Centr. für Gynéc.*, 1888, p. 859, n° 52.

C'est maintenant, 1888, que nous voyons apparaître avec Terrier, la pexie utéro-abdominale, comme curatrice du prolapsus.

Déjà, en 1840, Alquié, de Montpellier, avait eu l'idée de traiter le prolapsus génital en relevant l'utérus au moyen de ses ligaments ronds. Et, ce qui n'est pas pour nous surprendre, ce furent Alexander, de Liverpool, et Adams, de Glasgow, qui mirent en pratique, en 1881, l'idée théorique de l'auteur français.

En 1869, Kœberlé, au cours d'une ovariectomie, avait suturé le pédicule de l'ovaire enlevé à la plaie abdominale pour lutter contre un prolapsus concomitant.

Schroeder et Sims, dix ans plus tard, rapportent des faits semblables.

Lawson-Tait, en 1880, avait fixé le fond utérin à la paroi pour combattre un prolapsus.

En 1886, Olshausen publie un mémoire : « Ventral-fixation pour prolapsus utérin », mais il fixait l'utérus par l'origine des ligaments ronds.

En 1886, également, Manrique (1), dans sa thèse, préconise l'application de l'opération d'Alquié-Alexander, aux cas de prolapsus non adhérent, en joignant comme temps complémentaire une colpoperinéorrhaphie et une colporraphie antérieure.

En 1888, Terrier (2) présente à la Société de Chirurgie de Paris l'observation d'une malade atteinte de prolapsus du deuxième degré, avec hypertrophie sus et

(1) MANRIQUE. *Thèse de Paris*, 1886.

(2) TERRIER. *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1888, page 889.

sous-vaginale, à laquelle il fit pour la première fois en France une ventro-fixation.

De la discussion née à ce sujet, il ressort qu'à cette époque deux méthodes de ventro-fixation sont en présence : ou bien on agit sur les bords de l'utérus : Olshausen, Sanger, c'est la fixation indirecte par les ligaments ronds. Ou bien on agit sur le fond de l'organe : Léopold, pour la rétroversion ; Terrier, pour le prolapsus.

En 1894, Reynier, à la Société de Chirurgie de Paris, se déclare partisan de l'hystéropexie à laquelle il adjoint la colporraphie.

En 1896, le dixième Congrès de Chirurgie ayant mis la question du traitement du prolapsus utérin pour la première fois à l'étude, nous apprend que les opérations vaginales sont toutes à l'honneur. Bouilly, rapporteur, préconise sa méthode de triple opération vaginale, que l'on a appelé le « complet Bouilly » (amputation élevée du col, colporraphie antérieure, large et haute, colpopérinéorraphie postérieure). Il conclue que toute méthode qui n'est pas basée sur l'anaplastie vaginale large est frappée de stérilité.

Nous trouvons cependant à cette époque Bilhaut de Paris, et Schwartz, de Paris, également, qui défendent l'hystéropexie combinée aux temps vaginaux.

Quatre ans plus tard, 1900, Terrier, président au XIII^e Congrès international de médecine, section de Gynécologie, se déclare partisan de l'hystéropexie abdominale à laquelle il adjoint des opérations plastiques du côté du col et du vagin.

En 1900, également, le Professeur Laroyenne, de Lyon, pratiquant depuis longtemps déjà la triple opération, c'est-à-dire hystéropexie abdominale, colporraphie antérieure et colpopérinéorraphie, décrit le procédé de cysto-hystéropexie destiné à suspendre efficacement « la paroi vésicale postéro-supérieure à un organe solidement attaché aux parois abdominales, car c'est elle dont le prolapsus proémine à la vulve dans la cystocèle ».

Tant de procédés, de perfectionnement des méthodes apportés soit à la réfection vaginale par Hégar, Martin, Lawson-Tait, Hamann, prince de Bavière, etc., soit à la suspension de l'utérus par Laroyenne, de Lyon, Picqué, Faucon, de Lille, Zinmeister, de Vienne, Kiriak, de Bucarest, et tant d'autres, magistralement décrits dans la thèse de Baudoin ; tant d'efforts, disons-nous, nous montrent la difficulté d'arrêter une méthode pour traiter le prolapsus utéro-vaginal.

A des lésions multiples, il était logique, en effet, de répondre par des opérations multiples. Dès 1896, M. Goullioud pratiquait à Lyon la triple opération que lui avait enseigné son maître Laroyenne.

Au vingt et unième Congrès de Chirurgie, en 1908, Walther se déclare bien haut partisan de la triple opération hystéropexie, colporrathie antérieure, colpopérinéorraphie, méthode qu'avec Poulet il appelle « très française ».

Au dernier Congrès de Chirurgie, octobre 1923, nous avons pu noter comme partisans de la triple opération les noms de : Hartmann, pour qui le temps primordial est la reconstitution d'un périnée solide.

Roussiel, de Bruxelles, Walther, qui n'a eu qu'à se louer de la pratique de la triple opération, Siredey qui juge, d'après les résultats vus par lui, la triple opération comme une des meilleures de la chirurgie gynécologique, Jayle, de Paris, Goullioud, de Lyon, qui met en relief l'utilité de faire bien chaque temps et de bien faire tous les temps. Patel, de Lyon, qui apporte 28 cas de triple opération, dont il se déclare satisfait. Guyot, de Bordeaux, qui abandonne l'Alquié-Alexander pour la méthode française, Thévenard, de Paris, et Lardennois, de Reims, qui par leur expérience, furent amenés à pratiquer systématiquement la triple opération. Paul Delbet, de Paris, s'en déclare aussi un partisan zélé.

De telles adhésions suffisent à militer en faveur de cette méthode. Dans la modeste contribution que nous apportons à cette question, nous nous attachons à mettre en relief quelques détails de technique, détails qui, croyons-nous, ont une grande part dans le succès de l'opération.

Parallèlement à la constitution de cette triade opératoire, des méthodes diverses trouvaient leur application raisonnée pour des cas spéciaux. Tel le cloisonnement du vagin de Le Fort, 1877, appliqué aux vieilles femmes, et qui élargi par Cotte, de Lyon, est appelé à rendre de grands services. Telle encore l'opération de Freund-Wertheim-Schauta, 1896-1900 (1), en honneur par l'Ecole lyonnaise, pour des

(1) LOISON. *Thèse de Lyon*, 1920.

cas de cystocèle prédominante. Ou aussi, la colpectomie totale de Müller, de Berne, 1896, s'adressant uniquement à des femmes âgées, pour ne citer que les principaux efforts.

CHAPITRE II

Manuel opératoire.

Dans sa communication au XXXII^e Congrès de Chirurgie de Paris, M. Goullioud écrit : « Pour que la triple opération donne un résultat durable, il faut que les trois temps soient réalisés, même s'il semble que l'on puisse se borner à un ou à deux temps. Je suis resté fidèle à la ventro-fixation, et je considère que l'utérus est le seul point d'appui résistant, la seule prise solide sur les organes chassés du petit bassin. Toutes les ligamentopexies ne valent pas une solide fixation de l'utérus. On lit actuellement quelquefois que l'hystéropexie est sans valeur. Oui, si l'on fixe mal l'utérus (1) ».

1^{er} temps : MANUEL OPÉRATOIRE.

Ainsi que tout le monde en convient, c'est à l'hystéropexie intra-péritonéale que nous nous adressons. Ils ont été condamnés pour ne s'en pas relever, les

(1) M. GOULLIOUD, *In Congrès de Chirurgie de Paris*, 1923, p. 379.

procédés aveugles de transfixion utérine au travers d'une paroi non incisée ou partiellement incisée, procédés qu'employaient Caneva-Crespi, Sims-Kelly et Assaky, qui préconisait la surélévation du bassin à 45° pour éviter d'embrocher l'intestin.

Il n'entre pas dans notre but d'exposer les différents modes de pexies trop bien décrits d'ailleurs par Baudoin dans sa thèse (1), pour oser y revenir.

Notons, en passant, que cet auteur avait déjà senti la nécessité de l'indépendance des fils fixateurs et des fils de la paroi, point sur lequel nous insisterons plus loin.

Pour le choix de l'incision, nous donnons la préférence à la laparotomie médiane sous-ombilicale, qui permet de remonter haut l'utérus en le fixant à la paroi sur une plus large surface. Il va s'entendre que cette fixation large s'adresse aux femmes âgées, n'étant plus en période d'activité sexuelle. Et nous savons aussi que cette surface large d'adhérence nous garantit de l'iléus dont Bazy, Michel, Gradenwitz et d'autres rendaient responsable la pexie directe par formation du fameux « *ligamentum fundale medium* », de Fritsch et du « *suspensory and fundal ligament* », de Frank E. Taylor (2).

Chez plusieurs de nos opérées, nous avons combiné cette incision verticale des muscles, des aponévroses et du péritoine avec une incision de la peau dite « esthétique », parce que curviligne et que sa cour-

(1) BAUDOIN. *Thèse Paris*, 1889-1890.

(2) FRANK E. TAYLOR. *The Practitioner*, Décembre 1907, n° 474, volume LXXIX.

bure ayant même rayon que le pli abdominal sus-pubien, s'y trouve ainsi dissimulée.

Chez les femmes jeunes, où la pexie utérine doit être uniquement isthmique pour ne pas gêner le développement de l'utérus gravide, et chez qui, pour les mêmes raisons, la musculature abdominale doit être respectée à l'extrême, chez ces femmes, nous employons l'incision de Pfannenstiehl. Mais il importe d'attirer l'attention sur la nécessité de tailler un lambeau aponévrotique inférieur de hauteur suffisante pour que les fils isthmiques puissent s'y fixer commodément et être maintenus à une hauteur convenable.

C'est qu'en effet pour être amarrée solidement à la paroi abdominale, la surface utérine doit être suffisamment large. Chez les vieilles femmes, chez celles arrivées à l'âge de choix, que nous préconisons pour cette opération, c'est-à-dire après la ménopause, nous passons nos fils sur toute la face antérieure de l'utérus, au-dessous de la ligne d'insertion des ligaments ronds. C'est dire que nous ne prenons pas systématiquement le fond utérin, craignant la formation d'une adhérence trop haut située qui, s'étirant lors de l'atrophie sénile de l'utérus, constituerait un danger d'iléus. L'observation N° 21 en est un bel exemple.

Chez la jeune femme, en puissance de gestation, notre fixation utérine sera isthmique selon l'heureuse expression de Pierre Delbet.

Parfois aussi, quand la rétroversion, amorce de tout prolapsus, est par trop prononcée, il y aura lieu de compléter la ventro-fixation par une opération de Doléris, désaxant mieux encore utérus et vagin.

« Pour que cette opération réussisse, il faut aussi que les points de suture pénètrent largement dans la face antérieure de l'utérus, que l'aiguille s'enfonce de six à huit millimètres de profondeur et sur une largeur de deux bons centimètres au moins (1). »

Quant à la nature des fils à employer, il n'est pas indifférent de l'étudier. « Jadis, écrit M. Goullioud (2), j'avais recours à un excellent catgut chromique. »

Le catgut ordinaire ne donne que des déboires; témoin l'observation de Polaillon, à la Société de Chirurgie de Paris (3), de 1889. Les fils étaient résorbés au sixième jour et aucune adhérence n'était formée. Olshausen et Faucon, de Lille, se servaient de crins de Florence. Terrier, après essai du catgut, lui préfère la soie. Baudoin prétend que la soie offre plus de garantie.

Ce serait plutôt au bronze d'aluminium qu'il faudrait s'adresser. En fait, depuis un certain nombre d'années, c'est par une anse constituée à la fois d'un catgut fort et d'un crin de Florence que M. Goullioud amarre l'utérus à la paroi. Le catgut, lié le premier, présente l'avantage de ne pas déchirer le tissu utérin, et d'appliquer l'utérus contre la paroi ; il est maintenu dans cette position par les crins non résorbables et liés en second lieu, pour ne pas sectionner l'utérus. Ces anses ainsi constituées seront passées au travers des couches aponévrotique et péritonéale

(1) M. GOULLILOUD, *Congrès de Chirurgie*, oct. 1923, p. 379.

(2) M. GOULLILOUD, *Congrès de Chirurgie*, oct. 1923, p. 380.

(3) POLAILLON. In *Bulletin et Annales de Chirurgie de Paris*, 1889.

d'un côté de la paroi, puis au travers de la face antérieure de l'utérus pour ressortir à travers les couches péritonéale et aponévrotique de la lèvre opposée de la paroi abdominale.

Les extrémités libres des fils ne seront pas nouées, mais repérées par des pinces; et l'on s'occupera de refermer, sur toute leur étendue, par un surjet soigné au chromique, les brèches péritonéale et aponévrotique.

Ce n'est qu'après la réfection parfaite de ces deux couches que, la malade étant mise en position de Trendelenburg pour éviter l'incarcération d'une anse intestinale, l'on nouera les fils de la ventro-fixation catgut premier, crin second, ainsi qu'il a été dit précédemment.

En agissant ainsi, nous rendons les fils fixateurs totalement indépendants de la suture de la paroi, nous fixons l'utérus à une paroi qui ne présente aucun point faible et nous n'avons plus à déplorer les éventrations qui se faisaient entre les points de suture de l'hystéropexie, alors que notre surjet péritonéal s'arrêtait au niveau des points de fixation utérine.

L'on voit par là que l'on ne peut admettre que le corps utérin soit inclus dans la paroi, car « agir ainsi, bien que cela puisse paraître paradoxal, c'est s'exposer à des pointes de hernies sur les bords de l'utérus (1) ». M. Savariaud mentionne également, dans son rapport sur le traitement du prolapsus utérin,

(1) M. GUILLOUD. *In Congrès de Chirurgie, Paris, 1923, p. 379.*

l'insuccès des méthodes voulant incarcérer l'utérus dans la paroi (1).

2^e temps : COLPORRAPHIE ANTÉRIEURE.

Ainsi fixé, l'utérus « clef de voûte » est solidement amarré à la paroi ; mais là ne se borne pas l'opération qui, pour donner des résultats durables, doit aussi viser la réfection de cette voûte vaginale. M. le Professeur Villard, par une analogie qui lui est chère, compare en effet le vagin à une voûte à deux piliers dont l'effondrement isolé produit ou une cystocèle, ou une rectocèle.

Ce sera d'abord la réfection du pilier antérieur, soutènement de la vessie, qui nous occupera. Cette colporraphie antérieure est faite d'après le procédé d'avivement habituel et la résection de la muqueuse proportionnelle au degré de la cystocèle. Dans les cas de cystocèle prononcée, occasionnant de l'incontinence d'urine, la colporraphie sera plus particulièrement soignée au-dessous du col vésical. M. Goullioud n'a jamais pratiqué la myorraphie antérieure des releveurs à la Delanglade. Et nous nous demandons si l'utilité est grande de les mettre à nu, ces muscles, pour les suturer l'un à l'autre. Delanglade lui-même parle bien (2) d'un écueil : c'est la dilacération des muscles qui sont très écartés, et il dit : « Quand on fait une colporraphie en même temps, on a avantage

(1) M. SAVARIAUD. *In Congrès de Chirurgie, Paris, 1923, p. 238.*

(2) DELANGLADE, *Société de Chirurgie de Paris, déc. 1902.*

à charger sur le même fil les tranches vaginales et les muscles, parce que la dilacération du muscle se produit moins, le derme prêtant appui aux fibres musculaires lors de la striction ».

Il nous paraît bien que l'important ici soit la résection large de la muqueuse exubérante, après dissection soignée et hémostase minutieuse. Une hémostase parfaite nous mettant à l'abri des hématômes, cause possible de désunion, compromettant ainsi le résultat. Aussi, n'est-il pas indifférent de passer les fils de catgut fin, qui doivent affronter les surfaces cruentées, sans les lier d'abord, pour permettre de bien voir ce qui saigne ; et de les lier en commençant par le plus inférieur, dans le but d'éviter la formation d'un petit bénitier, où du sang aurait pu stagner.

Il est utile aussi d'employer du catgut fin pour ne pas laisser dans le vagin de corps étrangers pouvant occasionner une suppuration.

3^e temps : COLPO-PÉRINÉORRAPHIE.

Cette colpopérinéorraphie a pour but d'amener le corps périnéal reconstitué au-devant de la colonne antérieure du vagin. Bouilly et Richelot, dès 1896, considéraient ce temps périnéal comme primordial. « Il l'est même chez les vierges (1). » Mais nous voulons insister tout particulièrement sur la solidarité du temps vaginal antérieur et du temps vaginal posté-

(1) M. GUILLOUD, *Congrès de Chirurgie, Paris, 1923*, p. 380.

rieur : ils s'aident l'un l'autre à soutenir mieux les voûtes affaissées.

A part quelques variantes, que nous verrons décrites dans les comptes rendus opératoires, M. Goullioud combine la méthode du dédoublement recto-vaginal de Lawson-Tait et l'avivement triangulaire de la paroi postérieure du vagin du type Hégar. Il faut pousser très haut, près du col, la dissection des lambeaux triangulaires de muqueuse exubérante, de façon à avoir sûrement dépassé le pli d'éversion de cette muqueuse ; craindre et le rectum et le cul-de-sac péritonéal, mais sans pour cela restreindre l'acte chirurgical, qui doit être largement fait. Après une hémostase soigneuse, quelques points au catgut fin d'affrontement des surfaces purement vaginales, nous mettons des points profonds de périnéorrhaphie avec des crins de Florence.

Pour ces points, M. Goullioud emploie la grande aiguille d'Emmet et ayant un doigt dans le rectum, va charger très loin tous les tissus fibro-cellulo-musculaires de la région. Le releveur de l'anus est ainsi pris en masse avec les autres tissus du périnée. Nous verrons cependant que, parfois, l'on s'est attaché particulièrement à les suturer l'un l'autre, lorsqu'ils se présentaient solides. Sans doute, cette myorrhaphie des releveurs est-elle très indiquée, mais chez la vieille femme à grand prolapsus, celle qui, par conséquent, retirerait le plus grand bénéfice de ce temps opératoire, il est à noter que le relief des releveurs est pour ainsi dire nul, et que ces muscles sont dans un état de dystrophie tel qu'il est impossible de compter sur leur utilisation.

« Ce que je considère comme très utile, écrit M. Goullioud, c'est la superposition de ces trois temps, qui se complètent l'un l'autre. La ventro-fixation a bien comme avantage de dévier en arrière, dans le Douglas, les poussées des viscères abdominaux. La vessie, soulagée par en haut, est soutenue par la sangle de la colporraphie antérieure : celle-ci serait vite vaincue, si un périnée ne venait la soutenir par en bas (1). »

Pour la majorité des cas, ces trois temps sont faits dans un même acte opératoire : ventro-fixation d'abord, temps aseptique ; puis colporraphie antérieure, puis colpopérinéorrhaphie. Il serait mieux, sans doute, d'agir en sens inverse ; il nous est arrivé de le faire. S'il fallait, par exemple, une amputation du col aux temps précédents, et alors l'hystéropexie est faite en second temps, après changement de gants et d'instruments, ou mieux, dans une séance ultérieure.

Mais nous ne pouvons généraliser cette méthode pour ne pas multiplier les anesthésies chez une femme âgée.

(1) M. GUILLOUD, *In Congrès de Chirurgie, Paris, 1923, p. 380.*

CHAPITRE III

Rôle adjuvant du Pessaire.

Nous faisons un chapitre spécial, d'emblée, sur le rôle adjuvant des pessaires pour bien montrer l'importance que M. Goullioud y attache.

Si, dans la grande majorité des cas, la triple opération est suffisante pour donner un résultat définitif, on sait aussi que la récurrence peut se produire, du fait des tissus de la femme, même avec une opération bien faite.

De sorte que si l'on surveille ces malades, on peut, à la moindre tendance de la cystocèle ou de la rectocèle à se reproduire, en arrêter l'évolution par la pose d'un petit pessaire en berceau, en celluloïd, qui agit comme un cran d'arrêt sur la cystocèle naissante.

Un petit pessaire en berceau de celluloïd ne détermine ni les pertes blanches, ni les accidents de rétention d'un gros pessaire en Gimbelette. Nous faisons

allusion à de petits pessaires en berceau en celluloïd, minces et étroits, de 6 à 7 centimètres environ. On peut considérer l'emploi secondaire de ces pessaires, comme un aveu d'impuissance, mais il est encore mieux de considérer le pessaire comme un adjuvant quelquefois précieux, à ne pas dédaigner.

CHAPITRE IV

Observations.

Les observations qui suivent ont été recueillies dans le seul service de M. Goullioud, à l'Hôpital Saint-Joseph, et, pour quelques-unes, sont dues à l'obligeance de notre Maître qui a bien voulu nous communiquer ses observations personnelles.

Nous avons cru devoir attirer l'attention sur certaines d'entre elles, nous contentant de résumer les autres. La méthode employée est celle exposée précédemment, modifiée au cours des années.

OBSERVATION I (*résumée*)

Mme Bl..., 48 ans. Prolapsus ancien, ténésme vésical. Prolapsus du 2^e degré. Triple opération 1896. Le surjet péritonéal de fermeture n'intéresse que la partie haute de la brèche péritonéale.

Deux ans après, bon résultat: utérus en bonne position. Un point d'éventration sur la partie basse de la ligne de suture.

OBSERVATION II (résumée)

Mme Rey..., 29 ans. Rectocèle et cystocèle prononcée. Triple opération, 1897: dans la colpopérinéorrhaphie on n'a pas enlevé le triangle de Hégar. Six ans après, bon résultat, mais on voit la paroi postérieure du vagin à la vulve, ce qui montre bien la nécessité de l'ablation du triangle vaginal postérieur.

OBSERVATION III (résumée)

Mme Ri..., 65 ans. Chute complète de l'utérus, érosion sur la paroi postérieure du vagin prolabé. Triple opération, 1898. Deux ans après, bonnes nouvelles.

OBSERVATION IV

Prolapsus utéro-vaginal. — Ventro-fixation avec colporraphie antérieure et colpopérinéorrhaphie. — Opérée 24 ans plus tard pour néo du côlon pelvien.

Mme P..., 40 ans. Prolapsus depuis dix ans. Périnéorrhaphie faite à la Charité, en 1898. Essai de pessaires. Souffre toujours. Rétroversion, prolapsus utéro-vaginal du second degré à opérer. Triple opération à l'Hôpital Saint-Joseph, en septembre 1899. Ventrofixation avec trois points de chromique. Colporraphie antérieure et colpo-périnéorrhaphie.

Trois ans après: « Je vais bien, et fais mon travail debout toute la journée ».

Vingt-quatre ans plus tard, la malade vient « parce qu'elle a mal dans le ventre, la matrice n'est pas retombée ».

Admirable résultat de la triple opération aussi bien que lors de son départ après son opération. L'utérus n'a pas bougé, ni la vessie. Le périnée solide, mais vulve étroite. Le mari a dû se condamner au célibat après quelques rapports.

Néo du côlon pelvien. En faisant la laparotomie exploratrice, on a pu constater que l'utérus était resté admirablement fixé à la paroi.

OBSERVATION V (*résumée*)

Mme Pey..., 43 ans. Prolapsus utérin complet. Ventrofixation, colporraphie antérieure. Colpopérinéorraphie selon le procédé de Hamann, 1899. Récidive totale un an après l'opération.

OBSERVATION VI (*résumée*)

Mme Fou..., 48 ans. Utérus prolabé depuis dix ans. Cystocèle et rectocèle considérable.

Triple opération, 1899. Excellent résultat maintenu tel après cinq ans.

OBSERVATION VII (*résumée*)

Mme Mi..., blanchisseuse, 48 ans. Maintient son prolapsus depuis un an avec un pessaire et en est gênée. Prolapsus complet, cystocèle et rectocèle. Triple opération, 1898: dans la colporraphie postérieure on résèque un large triangle vaginal, huit points de catgut fin purement vaginaux. « C'est une bonne modification », sans cela la paroi vaginale antérieure a tendance à glisser de nouveau en avant.

Vingt-cinq ans après, M. Goullioud note: femme de 72 ans, restée bien guérie, quoique faisant un travail pénible. Col en situation normal. Corps haut situé.

OBSERVATION VIII (*résumée*)

Mme Ba..., 47 ans. Prolapsus depuis trois ans. Col gros, ulcéré par frottement. Triple opération par le procédé habituel, 1899. Excellent résultat après deux ans.

OBSERVATION IX

Mme Mou..., journalière, 55 ans. Depuis quatre mois porte un pessaire qui ne la contente pas. Veut une opération. Prolapsus du 2^e degré avec cystocèle dominante. Triple opération le 20 janvier 1899. Excellent résultat, treize ans après son opération.

OBSERVATION X (résumée)

Prolapsus utérin complet. — Déchirure complète du périnée. — Ventrofixation, colporrhaphie antérieure et colpopérinéorrhaphie. — Malade suivie 24 ans.

Mme Bai..., cultivatrice, 39 ans. Cinq conceptions, deux forceps. Prolapsus ancien, essai infructueux des pessaires.

Examen : prolapsus complet très accentué avec déchirure totale du périnée.

Intervention : Mars 1899. Triple opération comme à l'ordinaire. Les avivements antérieur et postérieur du vagin ont créé un point rétréci dans le vagin en diaphragme.

Résultat : Quinze ans après l'opération, on note : bonne cicatrice abdominale, pas de cystocèle. Petite rectocèle grosse comme une noix apparaissant à la vulve. On ne peut faire tenir une boucle à cause du rétrécissement du vagin.

Vingt-quatre ans après la malade se déclare très satisfaite du résultat.

OBSERVATION XI (résumée)

Mme Bl..., 55 ans, repasseuse. Depuis trente ans maintient son prolapsus avec des pessaires. Triple opération en mai 1900, selon le procédé habituel.

Au bout d'un an : l'utérus est bien fixé, le périnée tient bien, mais la vessie vient s'appuyer dessus. On place un tout petit anneau que l'on enlève six mois après.

Après vingt-trois ans, on apprend que jamais « la matrice n'est retombée », pas de troubles urinaires.

OBSERVATION XII (résumée)

Mme de Ch... Elise, 62 ans. Prolapsus complet; ulcération sur la lèvre antérieure du col. Triple opération en juin 1900. Bon résultat après six ans.

OBSERVATION XIII (résumée)

Mme G..., 62 ans. Prolapsus complet. Col à 4 centimètres de la vulve; cystocèle marquée. Ventrofixation, colporraphie antérieure, colporraphie postérieure avec trois points interstitiels profonds en janvier 1901.

Résultat idéal onze ans après tel qu'il devrait toujours être après l'opération.

OBSERVATION XIV (résumée)

Mme Po.... Prolapsus complet. Triple opération en 1900. Excellent résultat après cinq ans.

OBSERVATION XV

Prolapsus utéro-vaginal. — Entérocele vaginale postérieure. — Triple opération, résection large du cul-de-sac de Douglas. — Malade suivie 23 ans.

Femme de 40 ans atteinte depuis plusieurs années d'une chute complète de l'utérus. A renoncé aux moyens de contention autres qu'une serviette.

A l'examen en 1900, chute complète de l'utérus, avec renversement des parois antérieure et postérieure du vagin cystocèle, rectocèle et entérocele; le Douglas a été entraîné par l'utérus et renferme des anses intestinales.

Première opération le 19 mai 1900: triple opération: Ventrofixation selon le procédé de Terrier avec trois points de catgut chromique sur la face antérieure de l'utérus en laissant le fond libre. Colporraphie antérieure. Périnéorrhaphie, selon le procédé de Hamann, de Munich.

Suites simples. Deux mois après, Mme A... remarqua une saillie anormale qui pointait profondément en arrière du périnée dans le vagin. On met un pessaire, qui est expulsé au cours d'un voyage pendant lequel la saillie anormale se développe pour atteindre le volume d'une grosse orange. Cette tumeur se constitue dès que la malade se lève, et elle prend tout son développement quand la malade met son corset,

Cependant, l'utérus est bien resté fixé et ne prend aucune part à la tumeur. Le doigt introduit dans le rectum, montre que celui-ci ne fait pas non plus partie du prolapsus. Le périnée, d'ailleurs, est très élevé, mais la fourchette a été déchirée par la brusque irruption de la tumeur.

Deuxième opération le 17 novembre 1900. Sur la tumeur saillante, M. Goullioud fait une incision verticale allant du col au périnée. De l'extrémité antérieure de l'incision médiane, on fait partir deux autres incisions qui passent à peu près au point de réflexion de l'entérocele et qui dessinent ainsi comme deux quartiers d'orange ; ceux-ci se laissent décortiquer aisément.

Le sac péritonéal apparaît dépouillé. On décolle le plus loin possible ce qui représente son collet, d'abord du côté de l'utérus, à peu près jusqu'à l'isthme, puis du côté du rectum, enfin sur les côtés. Le sac péritonéal isolé, on le vide de son contenu par expression, puis on place à sa base, sur son collet factice une pince languette courbe. On passe au delà de la pince un fort fil de catgut Répín après avoir transfixé le collet avec une aiguille de Reverdin. Ligature. Résection de la poche péritonéale.

Le col utérin, gros et turgescent, apparaît à la vulve et on l'ampute à la Schræder. Réfection d'un périnée.

Quatre mois après, il n'y a aucune tendance à la reproduction de l'entérocele, le col est enfoncé profondément au-dessus du périnée, par suite de la ligature en bourse du Douglas. Le cul-de-sac postérieur est bien formé et fixé par des adhérences.

Vingt-quatre ans après, la malade revue se déclare absolument guérie.

OBSERVATION XVI

Prolapsus utéro-vaginal du second degré. — Triple opération. — Malade suivie 14 ans.

Mme R..., 59 ans. Six grossesses. A dater du premier accouchement, prolapsus. Prothèse par les pessaires pendant treize ans.

Examen : Prolapsus du second degré, cystocèle dominante.

Intervention: Triple opération en 1900, comme d'ordinaire.

Résultat excellent après cinq ans. Après quatorze ans, le résultat s'est maintenu; le col est resté très haut, la vulve laisse passer un doigt, ni cystocèle, ni rectocèle.

OBSERVATION XVII (*résumée*)

Mme B..., 47 ans. Rétroversion, prolapsus du second degré. Triple opération 1901.

Excellent résultat après quatre ans.

OBSERVATION XVIII (*résumée*)

Mme M... Péroline, 36 ans. Utérus abaissé, rétroversé, cystocèle et rectocèle. Triple opération en septembre 1903.

Résultat excellent onze ans après : utérus plaqué contre la paroi jouissant cependant d'une certaine mobilité. Vulve bien fermée, ni cystocèle, ni rectocèle.

Seize ans après, le résultat s'est maintenu intégral.

OBSERVATION XIX (*résumée*)

Mme G..., 55 ans. Prolapsus depuis vingt-quatre ans, hernies doubles. Triple opération en juin 1903.

Excellent résultat onze ans après.

OBSERVATION XX (*résumée*)

Mme D..., 48 ans. Prolapsus du 2^e degré. Triple opération 1903. Malade revue vingt ans après: utérus et vessie maintenus. Il y a une légère rectocèle de la grosseur d'une noix. Un tout petit pessaire suffit à maintenir ce léger prolapsus. La malade se déclare satisfaite.

OBSERVATION XXI

*Prolapsus utérin complet. — Utérus rétroversé. —
Pas d'ulcération suspecte. — Triple opération. —
Éventration, accidents d'éviscération, d'occlusion.
—Malade suivie 12 ans.*

Mme B..., 63 ans, Prolapsus débutant il y a trois ans. Essai douloureux de pessaires. Il s'agit d'un prolapsus du 3^e degré avec grosse cystocèle. Il n'y a pas d'ulcération suspecte.

Intervention : Triple opération 1903. Les surjets péritonéal et aponévrotique de fermeture n'intéressent que la partie haute de la brèche abdominale. Les fils de fixation utérine ne sont pas indépendants des fils de suture.

Suites : phlébite variqueuse sans gravité.

Trois mois après, la malade présentait une tendance à l'éventration, mais sans que celle-ci soit localisée.

Sept ans après, la malade revient pour troubles intestinaux graves; ballonnement, boules dures au niveau et à droite de la suture. Sub-occlusion par hernie entre les points de suture.

Intervention par M. Goullioud 1910 : on tombe sur la paroi d'un sac herniaire cloisonné par des adhérences épiploïques. On aperçoit enfin une anse grêle qui a passé entre la paroi et l'utérus fixé par le fond. On sectionne le fond de l'utérus très allongé et on libère l'anse intestinale. Résection du sac; hémostase sur la tranche de section de l'utérus. Suture de la paroi à un plan par des fils métalliques qui passent dans la face antérieure de l'utérus.

Il s'agissait d'une volumineuse hernie diverticulaire passant entre les points de suture, étalée au devant de l'abdomen entre la peau et la paroi antérieure de l'abdomen, comme on le voit dans les hernies ombilicales volumineuses.

L'anse grêle incarcérée entre la paroi abdominale et l'utérus refoulait l'utérus en haut et en avant, ce qui fait que le prolapsus était parfaitement guéri.

L'année suivante 1911, amenée à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le Professeur Bérard pour éventration. On lui fit un anus que l'on referma dans la suite.

En juillet 1913, la malade présentant des accidents d'occlusion intestinale, est amenée à l'Hôpital Saint-Joseph. Anus artificiel par M. Goullioud sur une anse herniée. Fermeture de cet anus en septembre sans résection intestinale.

Au point de vue de son prolapsus, la malade est bien guérie.

En 1915, la malade est amenée en hâte à l'Hôpital, parce que son éventration s'est reproduite. Une anse intestinale est étalée sur le haut des cuisses, le sac herniaire ayant cédé au niveau de la fosse iliaque droite. M. Goullioud pratique une résection intestinale avec entérorraphie, parce que l'intestin a perdu tout droit de cité. L'anse herniée est réintégrée non dans la grande cavité péritonéale, mais dans un sac d'éventration. Le mésentère est laissé au dehors. Les suites opératoires ont été bonnes. Deux mois après, la malade part bien guérie. Le sac herniaire était toujours trop important pour que l'on ait pu faire une cure vraiment utile de la hernie.

Une lettre de sa fille nous apprend que la malade est morte de maladie aiguë en décembre 1915. « Elle allait bien après son opération. Sa matrice n'est jamais retombée. »

OBSERVATION XXII (*résumée*)

Mme M..., 55 ans. Prolapsus complet depuis seize ans. Triple opération le 26 février 1904. Résultat maintenu six ans.

OBSERVATION XXIII (*résumée*)

Veuve M..., 58 ans. Prolapsus complet. Triple opération en juin 1905.

Excellent résultat après sept ans.

OBSERVATION XXIV (*résumée*)

Mme M..., 56 ans. Prolapsus utérin du premier degré, cystocèle dominante. Triple opération le 22 juin 1906.

Excellent résultat après dix-sept ans.

OBSERVATION XXV

Prolapsus utéro-vaginal. — Cystocèle de vierge, incontinence d'urine. — Triple opération. — Bon résultat suivi 11 ans.

Mlle B..., religieuse Ursuline, 65 ans, ménopause depuis 55 ans. S'aperçut, à l'occasion d'un effort douloureux, d'une saillie vulvaire de la grosseur d'un œuf de poule. Une sage-femme place un pessaire, il y a cinq mois, qui occasionne de l'incontinence d'urine.

A l'examen, tendance au prolapsus de la paroi antérieure du vagin.

Intervention, 5 septembre 1906: ventrofixation, colporraphie antérieure, colpo-périnéorraphie.

Résultat: onze ans après, 14 juin 1917, on revoit la malade très bien guérie.

OBSERVATION XXVI

Prolapsus utérin. — Kyste dermoïde de l'ovaire gauche. — Quadruple opération : cystocèle récidivante maintenue par un petit pessaire. — Malade suivie 16 ans.

Mme F..., 39 ans, une fausse couche, une grossesse: forceps, déchirure du périnée recousue.

A l'examen: col utérin gros, rouge, érodé, d'où sortent des glaires limpides, probablement hypertrophié.

Mais c'est la cystocèle qui domine. Induration annexielle gauche.

Intervention, 13 février 1907: ovariectomie gauche, ventrofixation, colporraphie antérieure, colpo-périnéorraphie.

Résultat: cinq mois après son opération, tendance à la cystocèle: mise en place d'un pessaire en berceau le plus petit numéro.

Sept ans après janvier 1914, reproduction de la cystocèle, mais grâce au pessaire que la malade a toujours conservé, la lésion n'a pas progressé. Le fond de l'utérus est à deux doigts au-dessus du pubis. On met un pessaire en berceau un peu plus fort.

Seize ans après, juin 1923, on apprend que la malade a dû conserver le dernier pessaire qu'on lui avait mis; pas de récédive vraie.

OBSERVATION XXVII

Prolapsus utérin, cystocèle dominante. — Triple opération. — Mort. — Péritonite insidieuse incertaine.

Mme P... Antoinette, 45 ans. Trois grossesses. Prolapsus datant de cinq ans. Pas d'albumine, pas de sucre.

Examen: col à la vulve, cystocèle marquée.

Intervention, 5 juillet 1907: ventrofixation, colporraphie antérieure, colpopérinéorraphie.

Opération correcte sans incident.

Suites opératoires: température axillaire à 38°-38°5. Le quatrième jour, pouls rapide 115. Le 9 juillet: un peu de pus au périnée. Le 10 juillet: crise d'asystolie: rythme pendulaire. Pas de réaction abdominale, bonne expansion, souplesse du ventre. Syncope terminale.

Vérification: Aucune lésion inflammatoire du péritoine. Pas de liquide, si ce n'est un peu de sang récemment écoulé par les fils de suture qu'on a sectionné. Du côté du cœcum, phénomènes cadavériques. Pas de distension des anses anormales.

Végétations d'endocardite au niveau de l'aorte; pas d'insuffisance orificielle. Reins pâles.

OBSERVATIONS XXVIII

Prolapsus utérin chez une vierge. — Triple opération. Récidive complète.

Mlle M... Julie, 53 ans, religieuse Trinitaire. A la suite de fatigues excessives, l'utérus se prolabe hors du vagin et s'ulcère.

A l'examen: les ulcérations du col sont guéries. Col utérin à la vulve, cystocèle et rectocèle.

Intervention: 24 juin 1908, ventrofixation comme d'habitude. Colporraphie antérieure et colpo-périnéorraphie.

Résultat: récidive complète au bout de deux mois. Réintervention à Marseille.

OBSERVATION XXIX (résumée)

Mme M..., 57 ans. Prolapsus complet. Triple opération 6 mai 1908. Résultat excellent après quinze ans.

OBSERVATION XXX (résumée).

Mme M..., 34 ans. Prolapsus utérin considérable: utérus hors du vagin entraînant vessie et rectum. Triple opération le 15 avril 1909.

Résultat excellent constaté après quatorze ans.

OBSERVATION XXXI (résumée)

Mme P..., 62 ans. Prolapsus utérin, rétroversion. Triple opération en 1909.

Excellent résultat onze ans après.

OBSERVATION XXXII

Prolapsus utérin très accentué. — Hystéropexie isthmique. — Colporraphie antérieure. — Colpopérinéorraphie. — Grossesse ultérieure. — Résultat suivi 3 ans.

Mme P... Véronique, 35 ans, cultivatrice. Trois grossesses. Prolapsus datant de six ans, pollakiurie, essai douloureux des pessaires.

A l'examen : Col prolabé à la vulve. Cystocèle considérable.

Intervention le 26 octobre. Incision de Pfannen; pexie utérine isthmique, Colporraphie antérieure, Colpo-périnéorraphie.

Résultat : Grossesse trois ans après. Accouchement le 21 octobre 1912, à la Clinique du Professeur Fabre, simple, sans intervention, un peu long début des douleurs le 20 octobre, à 17 heures. Vingt-quatre heures après, arrêt des douleurs, dilatation complète depuis cinq heures, injection de pituitrine qui est suivie de l'accouchement au bout d'une heure.

Le 6 novembre 1912, M. Goullioud revoit la malade et note : « pas de prolapsus, mais utérus moins solidement plaqué que d'autres; petite déchirure du périnée non cicatrisée. Le point de suture placé par la sœur lors de son accouchement récent n'a pas tenu. Je mets une boucle en berceau pour soutenir pendant l'involution. Un petit point d'éventration sus-pubienne, malgré le Pfannensthiel dont la cicatrice ne se voit pas.

OBSERVATION XXXIII (résumée)

Mme R..., 43 ans. Déchirure périnéale, rectocèle, cystocèle. Triple opération en janvier 1910, avec résections peu larges de la muqueuse vaginale antérieure et postérieure. Mauvais résultat après treize ans. « La matrice est retombée », écrit la malade sans préciser combien de temps après l'opération.

OBSERVATION XXXIV (*résumée*)

Mme M..., 47 ans. Prolapsus complet de l'utérus occasionnant de la rétention d'urine. Triple opération en février 1910. Excellent résultat après treize ans.

OBSERVATION XXXV (*résumée*)

Mme Ai..., 58 ans. Rectocèle très prononcée. Triple opération 1910. Femme très grasse.

Deux ans après déjà récédive, et éventration.

OBSERVATION XXXVI (*résumée*)

Mme F..., 48 ans. Prolapsus ou mieux cystocèle. Triple opération 1910. Résultat excellent après treize ans.

OBSERVATION XXXVII (*résumée*)

Mme C... Alphonsine, 40 ans. Prolapsus du premier degré avec rectocèle marquée. Triple opération 1910. Excellent résultat constaté treize ans après.

OBSERVATION XXXVIII (*résumée*)

Mme C.... Sophie, 46 ans. Prolapsus du premier degré. Cystocèle marquée. Triple opération 1910. Récédive amorcée un an après. Anneau préventif ; insuffisant après treize ans.

OBSERVATION XXXIX (*résumée*)

Mme T... Paul, 26 ans. Prolapsus du deuxième degré. Triple opération 1910. Résultat excellent après treize ans.

OBSERVATION XL (*résumée*)

Mme W..., 46 ans. Prolapsus du deuxième degré. Triple opération 1910.

Légère tendance à la rectocèle dix ans après; on met un pessaire.

Treize ans après, utérus bien plaqué contre la paroi. Rectocèle maintenue par anneau, Vulve béante.

OBSERVATION XLI (résumée)

Veuve R., Victor. Prolapsus utérin. Triple opération avec Pfannensthiel 1910. Excellent résultat constaté quatre ans après et maintenu après treize ans.

OBSERVATION XLII

Prolapsus utérin complet. — Ulcération du col : cathétérisme de 15 centimètres. — Triple opération large. — Bon résultat maintenu 5 ans.

Mme L., 55 ans. Trois grossesses. Depuis dix-sept ans l'utérus prolapsé entre les jambes gêne beaucoup la malade.

Examen: utérus complètement hors de la vulve. Vagin totalement inversé. Ulcération en croissant sur le col. Cathétérisme 15 cm.

Intervention en 1911: Triple opération avec fixation haute de l'utérus. Résections vaginales larges.

Résultat excellent jusqu'en 1916, c'est-à-dire cinq ans après. Puis réapparition de tous les ennuis; et vers 1920, de nouveau, chute de l'utérus.

OBSERVATION XLIII

Prolapsus utérin du deuxième degré. — Grosse cystocèle. — Triple opération Pfannensthiel. — Résultat maintenu 12 ans.

Mme S., 37 ans. Quatre enfants.

Examen: Prolapsus important avec cystocèle marquée.

Intervention 1911: Triple opération avec Pfannensthiel. Ventrofixation isthmique. Colporraphie antérieure. Colpo-périnéorraphie.

Résultat: Trois ans après, M. Viollet revoit la malade et est étonné du résultat. « Je ne trouve plus qu'un tout petit cul-de-sac vaginal antérieur. La vessie saillante s'est rétractée. »

Douze ans après le résultat s'est maintenu.

OBSERVATION XLIV (résumée)

Mme T..., 24 ans. Prolapsus du premier degré. Triple opération 1912. Excellent résultat douze ans après. Une grossesse avec accouchement normal après onze ans.

OBSERVATION XLV

Ancienne hystérectomie pour lésions annexielles. — Prolapsus des parois vaginales. — Colporraphie antérieure. — Colpo-périnéorraphie dans un premier temps. — Ventrofixation secondaire du col. — Pessaire après 12 ans.

Mme B... Claire, 35 ans.

En 1908, hystérectomie subtotale à Avignon.

A l'examen: cystocèle marquée et tendance au déplissement de la paroi vaginale postérieure. Essai infructueux des pessaires.

Intervention : 28 octobre 1910. Colporraphie antérieure et périnéorraphie. Le moignon cervical paraissait trop petit pour être pris utilement, sans crainte de passer dans le vagin.

Résultat. — Un an après, excellent résultat plastique. Deux ans après, la malade vient pour cure radicale de hernie située au sommet de son incision abdominale d'hystérectomie. Réfection de la paroi et suspension du col.

Douze ans après son opération, la vessie tend à redescendre. On place un pessaire, qui soutient bien la cystocèle.

OBSERVATION XLVI (résumée)

Mme C..., 51 ans. Troubles vésicaux. Cystocèle et rectocèle. Colporraphie antérieure et colpopérinéorraphie, 1911. Un an après, on constate que l'utérus porte sur le périnée : une ventrofixation aurait été nécessaire. Douze ans après, la malade va bien et se déclare satisfaite du résultat.

OBSERVATION XLVII (*résumée*)

Mme L..., 61 ans. Rétroversion. Cystocèle et rectocèle. Triple opération, 1912. Excellent résultat onze ans après.

OBSERVATION LXIII (*résumée*)

Mme C..., 48 ans. Prolapsus complet de l'utérus : essais infructueux de pessaires. Erosions traumatiques du col. Triple opération, avec Pfannenstiel, 1912. Mauvais résultat. Récidive totale, un an après.

OBSERVATION XLIX (*résumée*)

Mme B..., 44 ans. Prolapsus du premier degré, avec rectocèle dominante. Triple opération février 1913. Excellent résultat constaté cinq ans après.

OBSERVATION L (*résumée*)

Mme P..., 51 ans. Prolapsus du deuxième degré. Rectocèle et cystocèle. Pollakiurie. Triple opération juin 1913. Excellent résultat après dix ans.

OBSERVATION LI (*résumée*)

Mme B..., 51 ans. Prolapsus utérin, avec cystocèle dominante. Triple opération 1913. Onze ans après, résultat excellent, excessif même ; aucun rapport n'est possible, mais il n'y a pourtant pas de rétention dans le vagin.

OBSERVATION LII (*résumée*)

Mme C..., 46 ans. Utérus rétroversé fixé. Annexes scléreuses, cystocèle et rectocèle. Triple opération avec castration 1913. Excellent résultat constaté sept ans après et maintenu onze ans.

OBSERVATION LIII (*résumée*)

Mme F..., 69 ans. Prolapsus du deuxième degré. Triple opération sous rachianesthésie, en 1913. Pendant neuf ans, excellent résultat ; puis elle dit que l'utérus est retombé.

OBSERVATION LIV (*résumée*)

Mme A..., 60 ans. Prolapsus de la vessie et du rectum. Triple opération 1913. Excellent résultat, constaté dix ans après. Les fils chromiques de la ventrofixation ont été bien tolérés. La cicatrice abdominale est invisible. Fait un travail pénible. Rien ne sort à la vulve.

OBSERVATION LV (*résumée*)

Mme F..., 52 ans. Prolapsus du troisième degré, polype intracervical. Triple opération en 1914, torsion du polype. Excellent résultat après dix ans.

OBSERVATION LVI (*résumée*)

Mme R..., 66 ans. Colpocèle antérieure peu prononcée. Rectocèle importante. Pertes suspectes. Par crainte d'un néo du corps, on ne fait pas de ventrofixation. Une dilatation du col, en 1915, permet de se rendre compte qu'il ne s'agit pas de néoplasme. Petite colporraphie antérieure ; résection importante sur la paroi postérieure et colpopérinéorraphie. Excellent résultat après huit ans.

OBSERVATION LVII (*résumée*)

Mme B..., 49 ans. Prolapsus utérin avec cystocèle dominante. Triple opération en 1915. Excellent résultat après huit ans.

OBSERVATION LVIII (*résumée*)

Mme R..., 52 ans. Prolapsus utérin complet. Triple opération en août 1915. La malade est morte, un an après, de congestion pulmonaire : le résultat opératoire avait été excellent.

OBSERVATION LIX (*résumée*)

Mme G..., 53 ans. Prolapsus utérin complet, avec ulcération du col. Triple opération en octobre 1916. Excellent résultat après sept ans.

OBSERVATION LX (*résumée*)

Mme V..., 36 ans. Prolapsus complet de la matrice. Triple opération en 1916. Fixation isthmique; surjets péritonéal et aponévrotique complets. On serre les fils de la ventrofixation seulement après les surjets. Exérèses vaginales peu larges. Suites bonnes; deux grossesses postérieures, cinq et sept ans après. *Pas de récurrences* après huit ans.

OBSERVATION LXI (*résumée*)

Mme M..., 52 ans. Prolapsus utérin du troisième degré. Triple opération en juillet 1917. Excellent résultat constaté six ans après, malgré un travail pénible fait par la malade.

OBSERVATION LXII

Prolapsus complet de l'utérus, ulcération du col. — Fixation haute de l'utérus, colporrhée antérieure et colpopérinéorrhée. Malade suivie six ans. Excellent résultat.

Mme G..., 65 ans, repasseuse. Prolapsus complet de l'utérus, ulcération traumatique du col; essai infructueux des pessaires. Triple opération en 1917: dans la ventrofixation, on peut remonter très haut l'utérus et le fixer par toute sa face antérieure. Les fils ne sont liés qu'après avoir fait le surjet péritonéal et aponévrotique.

Malade revue six ans après: utérus bien plaqué, vulve bien fermée; en somme, excellent résultat.

OBSERVATION LXII (résumée)

Mme B..., 53 ans. Cystocèle pure. L'essai des pessaires ne soulage pas la malade. Triple opération en octobre 1917. Très heureuse de son opération six ans après.

OBSERVATION LXIV

Incontinence d'urine. Cystocèle. Triple opération. — Guérison maintenue intégrale pendant deux ans. — Incontinence passagère, nécessitant un tout petit pessaire. Malade suivie cinq ans.

Mme R..., 46 ans. Vient consulter M. Goullioud pour incontinence complète des urines et impression de prolapsus.

On constate, en effet, une tendance à la cystocèle. Mise en place, pour essai, de berceaux, qui ne donnent pas de résultat satisfaisant. La malade se décide à l'opération.

Triple opération juin 1918, comme à l'ordinaire. Dans la colporrhaphie antérieure, on fait une large résection et surtout s'avancant très près du méat. Tous les fils ont été passés transversalement.

Deux ans après, bon résultat ; n'a plus son incontinence. Vagin très perméable. Trois ans après, à la suite de fatigues exagérées, la malade se plaint de reperdre un peu ses urines quand elle tousse. Tout tient bien. On met un petit pessaire en berceau qui a peine à passer. La malade se trouve bien. « Ce n'est plus comme avant. » Se dit très soulagée par son anneau.

Cinq ans après, M. Goullioud revoit la malade ; pas d'incontinence en cas habituel. « Avant, c'était différent, je ne pouvais plus marcher. » La malade a toujours un tout petit pessaire. On le remet et lui recommande de ne pas trop serrer son corset.

OBSERVATION LXV (résumée)

Mme B..., 63 ans. Prolapsus du premier degré. Triple opération en 1918. Cinq ans après, la malade est obligée de porter un petit pessaire pour maintenir son utérus qui retombait. Se déclare bien soulagée.

OBSERVATION LXVI (résumée)

Mme Félix C..., 47 ans. Prolapsus utérin du deuxième degré. Triple opération^e en août 1918. Un an après, cystocèle entraînant le col. Un pessaire peut tenir, parce qu'il y a un périnée solide. Six ans après son opération, la vessie est bien maintenue par le petit pessaire. Orifice vulvaire étroit. En somme, résultat satisfaisant, sans être parfait.

OBSERVATION LXVII (résumée)

Mme V..., 62 ans. Prolapsus complet, utérus rétroversé. Triple opération en 1918. Cinq ans après, son médecin constate un excellent résultat.

OBSERVATION LXVIII

Prolapsus complet chez une vierge. — Triple opération. — Amputation secondaire du col hypertrophié. — Bon résultat après cinq ans.

Mlle C..., religieuse, 31 ans. Prolapsus du troisième degré, avec cystocèle et rectocèle. Triple opération en décembre 1918. Un an après, on met un petit pessaire en berceau, pour pointe de cystocèle. Quatre ans après, malgré le pessaire, le col apparaît à la vulve. On fait une amputation du col. Cinq ans après, bon résultat.

OBSERVATION LXIX

Mme T..., 36 ans. Prolapsus utérin du troisième degré. Vulve béante, lèvre antérieure du col hypertrophiée. Triple opération en avril 1919. On avait l'intention de réséquer la lèvre antérieure du col, mais une fois l'utérus fixé, il n'y a plus de saillie marquée ; on s'est contenté de faire les trois temps de la triade opératoire.

Cinq mois après, la malade revient à cause de la peine éprouvée par l'hypertrophie de la lèvre antérieure du col. Essai de pessaire rond, qui soulage la malade. Mais trois ans plus tard, l'hypertrophie est telle qu'on dût lui faire une amputation du col. Bonnes nouvelles cinq ans après.

OBSERVATION LXX (résumée)

Mme T..., 62 ans. Prolapsus utérin du premier degré. Triple opération en 1919. Eventration analogue à celle de la grossesse par distension des droits. Cure de cette éventration deux ans après, selon le procédé de l'encoche aponévrotique du droit. Quatre ans après, excellent résultat.

OBSERVATION LXXI (résumée)

Mme B..., 55 ans. Prolapsus constant avec grosse cystocèle, occasionnant de la dysurie. La malade doit refouler sa vessie pour uriner. Triple opération 1919, avec myorrhaphie particulière des releveurs. Quatre ans après, excellent résultat.

OBSERVATION LXXII (résumée)

(Docteur OLIVIER)

Mme C..., 38 ans. Rétroversion et prolapsus total légers. Ventrofixation, Dartigues, et périnéorrhaphie postérieure en août 1919.

Un an plus tard, une grossesse ; l'accouchement fut normal. Trois ans plus tard, tout va bien.

OBSERVATION LXXIII

(Docteur OLIVIER)

Mme T..., 53 ans. Prolapsus complet, ulcération traumatique de l'extrémité du col. Triple opération décembre 1919. Excellent résultat trois ans après.

OBSERVATION LXXIV

Prolapsus utérin marqué. — Triple opération. — Gêne légère de la miction : pessaire, soulagement. — Malade suivie quatre ans.

Mme B..., 45 ans. Prolapsus ancien, essai infructueux des pessaires. Prolapsus accentué, ulcération sur le col, hypertrophie de ce dernier. Femme de fort embonpoint, grasse.

Triple opération en avril 1920 : ventrofixation avec deux crins et deux catguts. Dans la colporrhaphie, on a ménagé les exérèses en vue d'accouchements possibles.

Trois ans après, la malade revient chez M. Goullioud, parce que, à la suite d'un rhume, elle a beaucoup toussé et a l'impression que son prolapsus est revenu ; quelque gêne pour uriner. On note : bonne cicatrice abdominale en faveur du Pfannensthiel chez une femme grasse. Utérus bien fixé. Vessie bombant anormalement dans le vagin. Bon périnée.

Par prudence, on met un petit pessaire en berceau de 7 cm. 1/2 de longueur.

Quatre ans après, la malade se déclare bien soulagée par son pessaire. Sans lui, il est probable que la cystocèle se reproduirait.

OBSERVATION LXXV (résumée)

Mme M..., 42 ans. Prolapsus utérin du second degré, avec grosse cystocèle. Triple opération en juin 1920. Trois ans après, excellent résultat.

OBSERVATION LXXVI (*résumée*)

Mme B..., 60 ans. Prolapsus complet. Triple opération en 1920. Trois ans après, se trouve en excellent état. Pas de récurrence.

OBSERVATION LXXVII (*résumée*)

Mme B..., 48 ans. Prolapsus complet. Triple opération 1919: myorrhaphie séparée des releveurs postérieurs. Excellent résultat après quatre ans.

OBSERVATION LXXVIII (*résumée*)

Fibrome et prolapsus chez une femme de 47 ans. — Castration. — Ventrofixation, colporraphie antérieure et colpoperinéorrhaphie. — Malade suivie quatre ans.

Mme C..., 47 ans. Gros utérus fibromateux en rétroversion fixé. Prolapsus, avec rectocèle dominante.

Intervention en août 1920 :^e Pfannensthiel, parce que femme grasse. Gros fibrome de la paroi postérieure. Ablation des ovaires et des trompes. Fixation du fond de l'utérus à la lèvre inférieure de l'incision aponévrotique du Pfannensthiel, crins de Florence, deux gros catgut. Petite colporraphie antérieure. Importante colpoperinéorrhaphie.

Excellent résultat après quatre ans.

OBSERVATION LXXIX

Récurrence de prolapsus. — Triple opération. — Bon résultat après trois ans.

Mme D..., 40 ans. Prolapsus depuis neuf ans. Opérée une première fois à Paray-le-Monial, en 1918 : on lui a fait une triple opération. Récurrence un an et demi après. On constate en 1920 une éversion sur la ligne de suture ; l'utérus est

plaqué contre la paroi antérieure à trois doigts de l'ombilic. Cystocèle marquée.

Triple opération en octobre 1920 : on n'avait fait qu'un simple raccourcissement des ligaments, lors de la première opération. On pratique une ventrofixation, selon notre procédé ordinaire, aux crins et au catgut. Colporraphie et colpo-périnéorraphie.

Excellent résultat trois ans après.

OBSERVATION LXXX (résumée)

Mme S..., Eugénie, 43 ans. Prolapsus utérin. Essai, au dire de la malade de pexie utérine. Pas d'amélioration. Pessaire depuis trois ans. Pas de soulagement suffisant. Triple opération, le 12 mai 1920. Après quatre ans^{1/2} : utérus bien fixé haut ; pas d'éventration ; pas de récurrence. Aucun trouble vésical.

OBSERVATION LXXXI (résumée)

Mme P..., Jeanne, 58 ans. Prolapsus utérin, dysurie, pollakiurie. Triple opération, en juin 1920. Quatre ans après, excellent résultat.

OBSERVATION LXXXII (résumée)

Mlle R..., 66 ans. Prolapsus utérin complet. On ne peut rien faire sur le périnée antérieur. Ventrofixation et périnéorraphie, 1920. Excellent résultat trois ans après.

OBSERVATION LXXXIII

*Prolapsus utérin. — Cystocèle prédominante : Schauta.
— Récurrence par prolapsus du col. — Amputation du
col et périnéorraphie. — Bon résultat après deux
ans.*

Mme S..., 60 ans. Cystocèle marquée, rectocèle mal tenue par un pessaire de Dumontpallier. Utérus abaissé.

Opération de Schauta, en août 1920 : incision sur la cystocèle ; on décolle la vessie et on fait basculer l'utérus. On ferme le Douglas par un petit surjet. Suture des lambeaux vaginaux en prenant le fond de l'utérus. Colpopérinéorrhaphie complémentaire.

Un an après, la malade vient se montrer, va bien ; le col se présente à la vulve. Pas de cystocèle ; on met un pessaire en berceau. Deux ans après on fait rentrer la malade à l'hôpital pour lui faire une pexie utérine ; mais, en relisant l'observation, on voit que l'on a fait un Schauta et l'on se contente d'une amputation du col exubérant et d'une péri-néorrhaphie. Un an après, très bon résultat, très satisfaite.

OBSERVATION LXXXIV (résumée)

Mme F., Léon, 55 ans. Cystocèle et rectocèle accentuées. Opération de Schauta, 1920. Quatre ans après, excellent résultat, constaté par M. Goullioud.

OBSERVATION LXXXV

Prolapsus utérin. — Hernie crurale droite. — Pessaire, Cure radicale de la hernie. — Triple opération. — Mort.

Mme P., 45 ans. A un premier séjour, mars 1920, est opérée de hernie crurale droite. (La malade présentait un prolapsus utérin du premier degré, pour lequel elle porte un pessaire depuis 15 ans. On renonça à pratiquer une triple opération, parce qu'elle était relativement soulagée par le pessaire et qu'elle avait mauvais moral.)

Trois ans plus tard, 1923, à cause de douleurs et de pertes occasionnées par son pessaire, elle demande une opération. Le col apparaît à la vulve dans l'effort ; il est mou, entr'ouvert ; l'utérus est un peu gros.

On attend quelques jours pour opérer, la malade ayant de l'infection vaginale par rétention derrière son pessaire (gros

pessaire de Laroyenne). Injections de permanganate. Triple opération correctement faite. Pas d'hémorragie appréciable dans aucun des temps opératoires. Deux jours après son opération, se plaint de son côté droit ; pas de signes d'infarctus. Cinq jours après son opération, allait tout à fait bien. Morte dans la nuit en demandant la bassine.

Vérification n'a pu être faite. Il paraît légitime de penser à une embolie, mais on n'a pas de preuve de phlébite.

OBSERVATION LXXXVI (*résumée*)

Mme C..., 64 ans. Prolapsus utérin complet. Triple opération, 1920. Excellent résultat après trois ans.

OBSERVATION LXXXVII

Incontinence d'urine. — Triple opération.

Mme B..., 55 ans. Incontinence d'urine. Un peu de cystocèle et de rectocèle ; l'utérus n'est pas entraîné par le prolapsus des parois vaginales. Pertes suspectes, au dire de la malade.

Triple opération : rien d'anormal à l'utérus. Dans la colporrhaphie antérieure, on avive, très près du méat, et l'on prend, avec l'aiguille de Reverdin, le plus de tissu possible sur les côtés du canal uréthral, d'où se produira un affaissement des parois de l'urèthre.

Excellent résultat deux ans après. Incontinence bien guérie.

OBSERVATION LXXXVIII (*résumée*)

Mme T..., 48 ans. Prolapsus utérin avec rétroversion. Triple opération en 1921. Trois ans après, excellent résultat.

CHAPITRE V

Résultats éloignés.

Nous n'avons publié que les résultats datant de plus de trois ans. Si nous tenons compte des observations de ces trois dernières années, nous arrivons à la statistique fournie au XXXII^e Congrès de chirurgie de Paris par M. Olivier : Sur 126 cas de prolapsus utérin traités par la triple opération, nous avons deux morts. Obs. XXII et Obs. LXXXV, soit un pourcentage de 1,5.

Sur les 88 malades suivies pendant longtemps, nous avons :

Soixante-douze excellents résultats, dont :

Cinq résultats datant de 25, 24, 23 ans..

Observations IV, VII, X, XI, XV.

Vingt-trois résultats datant de plus de 10 ans.

Quatre résultats suivis de grossesse :

Obs. XXXII, Obs. XLIV, Obs. LX, Obs LXXII,

Les autres datent de plus de trois ans.

Neuf mauvais résultats :

Trois par éventration, dont une tout particulièrement récidivante, ayant occasionné des accidents d'occlusion et d'éviscération. Obs. XXI.

Six récidives totales, dont trois survenues après un laps de cinq, six, huit années de guérison.

Sept résultats rendus excellents, grâce aux pessaires, ou par une amputation secondaire du col.

De nos observations, il ressort que les ennuis de l'hystéropexie peuvent être évités, en ayant soin de faire un surjet soigné et total de la couche aponévrotique et de la couche péritonéale ; de ne lier les fils de la pexie utérine qu'après la fermeture de ces surjets ; d'employer enfin pour cette pexie une anse constituée par un crin et un gros catgut.

Walther, dans son rapport au Congrès de chirurgie de 1908, écrivait : « Il faut une fixation basse au niveau de l'isthme, et une fixation durable par l'emploi de fils non résorbables. Lorsque j'emploie du gros catgut pour de petites déviations, j'ai constaté que l'utérus retombait en arrière au bout de quelques mois ».

Par cette pexie abdominale directe, solide, on détourne le point d'application de la poussée abdominale, cause des récidives. Cette force considérable n'agit plus, ou n'agit qu'indirectement sur le cul-de-sac vésico-utérin et c'est pourquoi, en cas de nouvelle procidence de ce cul-de-sac, une simple petite boucle qui trouve un point d'appui solide sur un périnée réfec-

tionné, peut lutter efficacement contre l'effort abdominal et rendre définitif un résultat qui, sans elle, eût été compromis.

Relativement fréquents sont les cas, où une amputation du col fut nécessaire secondairement. Le mécanisme de l'allongement hypertrophique du col, pris entre les deux mors d'un étau, anses intestinales en arrière, et liquide urinaire en avant, nous permet de penser qu'il ne servirait de rien de pratiquer systématiquement cette amputation du col dans un but préventif, ainsi qu'ont voulu le préconiser certains auteurs.

Nous n'avons, certes, pas l'intention de prétendre que la triple opération s'adresse à tous les cas; on aura pu voir, d'ailleurs, figurer dans nos observations, des opérations de Schauta-Wertheim; et si nous avons écarté celles de Le Fort, rénovée et élargie par Hartmann et Cotte, c'est que, nous n'avions pas le recul nécessaire pour les juger. Mais nous la considérons comme une acquisition nouvelle nous permettant d'étendre le bénéfice de la chirurgie à des femmes qui étaient jusqu'ici condamnées aux gros pessaires.

Conclusions.

I. — La triple opération comportant hystéropexie, colporraphie antérieure et colpo-périnéorraphie est une bonne opération convenant à la majorité des cas de prolapsus utérin.

II. — Cette opération comprend des variantes indiquées soit par l'âge et les conditions génitales physiologiques des opérées, soit par des lésions anatomiques variées elles-mêmes.

III. — Chez les femmes jeunes, quand on ne pourra pas se contenter du port d'un simple pessaire en berceau, on devra faire l'hystéropexie isthmique et les exérèses vaginales moins étendues, pour que l'accouchement puisse se faire sans complications.

A la fin de la période génitale, la fixation utérine sera plus large et les exérèses plus importantes. Aussi, est-ce l'âge préférable pour ces interventions.

IV. — Les variantes indiquées par lésions anatomiques diverses sont l'adjonction aux trois temps principaux, de temps accessoires : amputation du col pour allongement hypertrophique vrai de Huguier — curetage — suture spéciale des releveurs — résection du cul-de-sac postérieur dans les cas d'élytrocèle postérieure.

V. — D'autres fois, au contraire, il peut y avoir indication de préférer la simple restauration vaginale à la triple opération.

Cependant, dans les grands prolapsus, les résultats sont d'autant meilleurs que l'on aura réalisé plus systématiquement les trois temps de l'opération.

VI. — Les résultats sont bons dans la majorité des cas. Cependant, la poussée abdominale, d'une part, et la laxité des tissus, d'autre part, sont telles chez certaines femmes, que l'on voit réapparaître la cystocèle d'abord, puis le col, puis l'utérus, même après des opérations bien faites.

VII. — *Au début de ce retour de la cystocèle, on peut admirablement enrayer son développement par la pose d'un petit pessaire en berceau, ce qui n'a rien de comparable au maintien du prolapsus non opéré par un gros pessaire. Le petit pessaire agit alors comme un cran d'arrêt.*

VIII. — L'opération de Schauta nous paraît particulièrement indiquée dans les cas de cystocèle prédominante.

IX. — Chez les femmes très âgées, enfin, l'opération de Le Fort élargie peut donner de bons résultats en faisant courir moins de **risques**.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
VILLARD

Vu :

LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 16 Octobre 1924

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER.

Bibliographie.

- ABADIE. — Bascule antérieure de l'utérus avec suture des ligaments ronds aux releveurs de l'anus. *xxvi^e Congrès de Chirurgie*, Paris 1913.
- ASSAKY et KIRIAC. — Despre Hysteropexia in prolapsus utérin. In *Clinica*, n° 1, p. 1, 15 janvier 1890, Bucharest.
- BYRNE JOHN. — American Gynecologie. *Soc. Boston méd. and surg. Journal*, 14 octobre 1886.
- BEAUDOIN (M.). — Hystéropexie abdominale antérieure et opérations sus-pubiennes dans les rétrodéviations de l'utérus. *Thèse* Paris, 1889-1890.
- BAZY. — Résultats éloignés des hystéropexies abdominales. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale de Pozzi*, 1912, vol. xviii.
- BEAUVOIS. — Trachélopexie recti-musculaire. *Thèse* Lille, 1920.
- BOUCHUT (P.). — Contribution à l'étude de la thérapeutique des prolapsus génitaux, particulièrement de la cystocèle et par bascule de l'utérus, avec suture des ligaments ronds aux releveurs de l'anus. *Thèse* de Lyon, 1914.
- BEGOUIN. — *XXXII^e Congrès de Chirurgie*, Paris 1923.
- BÉRARD. — *Lyon Médical*, 13 septembre 1908, p. 429.
- BLAN (P.). — De la grossesse et du travail après hystéropexie abdominale antérieure. *Thèse* de Lyon, 1897.
- BOUILLY et LÆWY. — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, tome iv, 1902, p. 579.

- BOUILLY et RICHELOT. — *Congrès de Chirurgie de Paris*, 1895, pages 595-620.
- BERRUT. — *Congrès de Chirurgie*, 1895.
- BOURSIER. — *Annales de Gynécologie*, 1896, page 277.
- CHAPUIS. — Réfection musculaire du plancher pelvien, avec exclusion ou ablation du vagin et de l'utérus, dans le traitement des grands prolapsus génitaux. *Thèse Lyon*, décembre 1910.
- CHAPUT. — *Société de Chirurgie de Paris*, 1905.
- DELANGLADE. — *Société de Chirurgie de Paris*, décembre 1902.
- DELBET (Pierre). — *Communication à la Société de Chirurgie de Paris*, 19 novembre 1902.
- DELBET-HARTMANN. — *Société de Chirurgie de Paris*, 1902.
- DRUGESCU. — Prolapsus utérin. Cystocèle vaginale. Isteropexia. Colporraphie. In *Spitatul*, n° 12, décembre 1889, page 594, Bucharest.
- DUMORET. — Laparo-hystéropexie contre le prolapsus utérin. *Thèse de Paris*, 1889.
- Du prolapsus utérin. In *Gazette des Hôpitaux*, 30 novembre 1889, page 1254.
- DUPLAY et CHAPUT. — Etudes sur les prolapsus génitaux. *Archives générales de Médecine*, Paris 1889.
- GOULLILOUD. — *Société de Chirurgie de Lyon*, mai 1923.
- GOULLILOUD. — *Congrès de Chirurgie de Paris*, 1923.
- HARTMANN. — Symptôme, diagnostic et traitement des prolapsus génitaux. *Gynécologie et Obstétrique*, Paris 1921.
- JACOBS. — *X^e Congrès de Chirurgie de Paris*, 1896, p. 667.
- JOYEUX. — Du traitement des prolapsus génitaux par l'hystéropexie abdominale antérieure. *Thèse Lyon*, 1895.
- LAROYENNE. — Revue sur l'hystéropexie abdominale antérieure dans le traitement des positions vicieuses de l'utérus. *Semaine Gynécologique*, page 99, 1897.
- LAROYENNE. — Traitement opératoire de la cystocèle. Cystopexie guidée par le doigt introduit dans la vessie. *Semaine Gynécologique*, p. 121, 1898.
- LATASTE. — Essai de critique historique sur la périnéorraphie. *Thèse Bordeaux*, 1881.

- LENORMANT et PETIT-DUTAILLIS. — *Journal de Chirurgie*, avril 1914, p. 425. Technique de l'opération de Bouilly.
- MARSHALL-HALL. — *Dublin Journal of medic. and chirur. Science*, novembre 1831, tome ix, page 269. *Gazette Médicale de Paris*, 21 janvier 1832, page 32.
- MANRIQUE. — Etude sur l'opération d'Alexander appliquée au prolapsus non adhérent. *Thèse de Paris*, 1886.
- MIGUET. — *Thèse de Lyon*, 1907.
- MURET (M.). — Hystéropexie et puerpéralité. *Revue Médicale de la Suisse romande*, volume 34, n° 11, 1914.
- MURET (M., professeur de Gynécologie à Lausanne) — Suites physiologiques et pathologiques de l'hystéropexie abdominale directe. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, juillet-août 1915, page 545.
- MONOD et VANWERTS. — *Traité de technique opératoire*, page 543.
- PATEL. — *Société de Chirurgie de Lyon*, 1920.
- PIRAS. — De l'hystéropexie abdominale dans ses rapports avec la puerpéralité. *Thèse Paris*, 1896.
- POLAILLON. — *Société de Chirurgie de Paris*, séance du 23 janvier 1889.
- POULLET (J.). — *XX^e Congrès de Chirurgie de Paris*, 1908, page 293.
- POZZI. — *Traité de Gynécologie*, 1905, page 723.
- QUÉNU. — *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1893, page 741.
- SALVA-MERCADÉ. — *Société de Chirurgie de Paris*, 19 mars 1919.
- SAVARIAUD. — *XXX^e Congrès de Chirurgie de Paris*, 1923.
- SOKOLOFF. — *Annales de Gynécologie*, janvier 1887. Elytrorrhaphie médiane comme moyen de traitement opératoire du prolapsus utérin complet.
- TRUZZI (E.). — Prolapsus du vagin. Colporraphie avec transplantation d'os décalcifié dans la plaie d'avivement. Congrès international de Médecine, Rome, 1894. *Annales de Gynécologie*, 1894, t. xli, page 593.
- TÉMOIN (D.). — Contribution à l'étude des prolapsus génitaux. *Thèse de Paris*, 1899.

- TERRIER. — Hystérorraphie ou ventrofixation. *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1888, page 889.
- TERRIER. — *Congrès international de Médecine*, Section de Gynécologie, 1900.
- THIRIAR (J.). — De l'hytéropezie contre le prolapsus utérin. *La Clinique de Bruxelles*, 12 sept. 1889, n° 37, page 577.
- VIOLET. — *Lyon Chirurgical*, 1919, page 510.
- VIOLET. — Communication au Congrès de pédiatrie, d'obstétrique et de gynécologie de Toulouse, 1910, septembre.
- WALTHER. — *Congrès de Chirurgie*, 1908, page 298.
-

TABLE DES MATIERES

Introduction	11
Chapitre premier. — Historique	15
Chapitre II. — Manuel opératoire	23
Chapitre III. — Rôle adjuvant du pessaire	33
Chapitre IV. — Observations	35
Chapitre V. — Résultats éloignés	63
Conclusions	67
Bibliographie	71
